

Der ärztliche Erkenntnis- und Handlungsprozeß: ausgewählte Ergebnisse einer empirischen Studie

Schachtner, Christina

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schachtner, C. (1996). Der ärztliche Erkenntnis- und Handlungsprozeß: ausgewählte Ergebnisse einer empirischen Studie. *Journal für Psychologie*, 4(3), 59-74. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-29334>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Der ärztliche Erkenntnis- und Handlungsprozeß¹

Ausgewählte Ergebnisse einer empirischen Studie

Christina Schachtner

EIN BILD HIELT UNS GEFANGEN.
UND HERAUS KONNTEN WIR NICHT,
DENN ES LAG IN UNSERER SPRACHE.

LUDWIG WITTGENSTEIN

Zusammenfassung

Wie entstehen im Prozeß der Krankheitsbearbeitung Diagnosen und therapeutische Entscheidungen? Dieser Frage wird anhand ausgewählter Ergebnisse aus der Studie »Ärztliches Alltags-Know-how« nachgegangen, in die niedergelassene Ärzte und Ärztinnen einbezogen waren. Die Studie versteht sich als ein Beitrag zur neueren handlungspsychologischen Diskussion, in der begonnen wurde, das Wie menschlichen Handelns neu zu bestimmen.

Den Hintergrund der Studie »Ärztliches Alltags-Know-how« bildet eine von mir durchgeführte Untersuchung zur Transformation ärztlicher Erkenntnis- und Handlungsprozesse in medizinische Expertensysteme. Die befragten ForscherInnen aus dem Bereich der Künstlichen Intelligenz (KI), die an diesen Transformationen arbeiten, schilderten ihre Schwierigkeiten, ärztliche Praxis-muster zu erfassen und in technische Systeme zu übertragen. Der in der psychologischen Handlungstheorie bislang dominierende Handlungsbegriff, der auf ein kognitives, hierarchisch-sequentielles, linear organisiertes, deduktives und bewußtes Handeln abhebt, reicht aus der Sicht der KI-ForscherInnen nicht aus, ärztliches Denken und Handeln adäquat zu charakterisieren.

Auch innerhalb der psychologischen Handlungstheorie hat, wie neuere Veröffentlichungen von Winfried Hacker (1992), Mario

von Cranach (1994) und Walter Volpert (1994) dokumentieren, eine Diskussion eingesetzt, die die Unzulänglichkeit des traditionellen Handlungsbegriffs implizit oder explizit thematisiert. Wie Mario von Cranach ausführt, repräsentiert dieser Handlungsbegriff lediglich eine mögliche Form menschlichen Handelns. Diese sei zwar eine in westlichen Industriegesellschaften hochgeschätzte Handlungsform, doch gebe es daneben andere Handlungsformen z.B. prozeß-orientiertes und emotional-intuitives Handeln, wie von Cranach in einer Typologie darlegt (vgl. von Cranach 1994, 8ff.), die in einer neu zu entwickelnden Theorie des Handelns zu berücksichtigen wären. Für Walter Volpert und Winfried Hacker zeigen sich gerade im Expertenkönnen Handlungsfacetten, die deutlich vom hierarchisch-sequentiellen Handlungsmodell abweichen (vgl. Volpert 1994, 130ff.; Hacker 1992). Von Cranach und Hacker plädieren für eine neue Forschungsperspektive, die auf eine detaillierte Erforschung der Mikrostrukturen von Handlungsmustern abstellt. Im Sinne dieses Plädoyers ist die von mir durchgeführte Studie zur ärztlichen Praxis konzipiert, aus der ich im folgenden ausgewählte empirische Befunde referiere.

Ich werde zunächst die strukturellen Bedingungen des therapeutischen Settings und die darin eingelagerten Handlungserfordernisse skizzieren, um den Kontext abzustekken, innerhalb dessen sich ärztliche Praxis bewegt. Anschließend stelle ich anhand von zwei Fallbeispielen zwei Formen der Bewältigung dieser Erfordernisse dar. Die Aufmerksamkeit der exemplarischen Untersuchung richtet sich auf die Logik, die in den jeweiligen ärztlichen Praxisformen

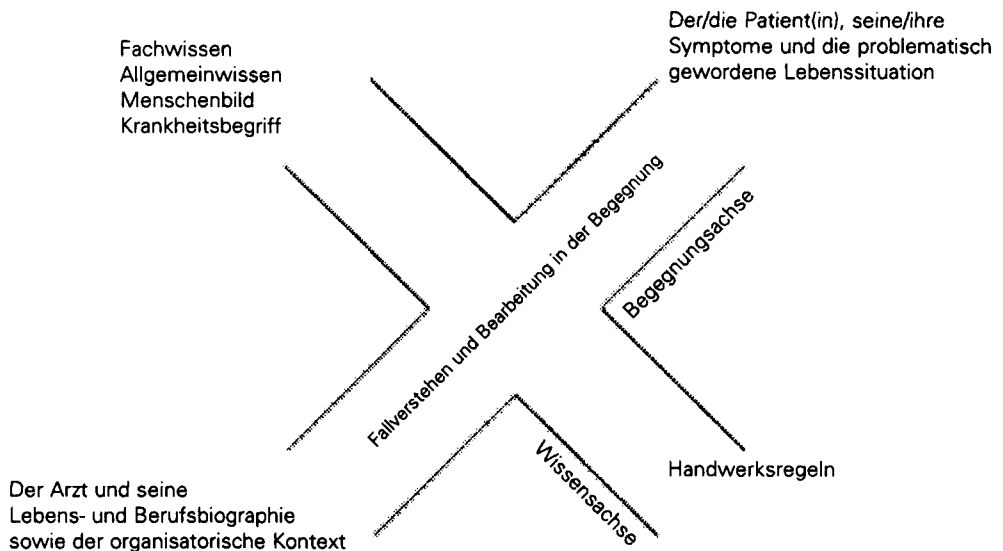
erkennbar werden und vor deren Hintergrund sich einzelne Handlungsakte, Intentionen, Irritationen, Handlungsregulationen und -rhythmen erklären, in die die Diagnose und die therapeutische Entscheidung eingebunden sind.

1. DAS THERAPEUTISCHE SETTING

Wissens- und Begegnungssachse

Zwei sich kreuzende Achsen strukturieren das therapeutische Setting: die Wissens- und die Begegnungssachse. Folgendes Schema soll die strukturellen Gegebenheiten veranschaulichen. Es wurde von Bruno Hildenbrand und Rosemarie Welter-Enderlin zur Kennzeichnung des familientherapeutischen Prozesses entwickelt und für die hier behandelte Fragestellung von mir leicht modifiziert. Das Kernstück des therapeutischen Gesamtsystems bilden das Fallverstehen und die Fallbearbeitung in der Begegnung. Was ist der Fall? Für die PatientInnen zeigt sich ihr Fall als Ausfall, als drohendes Herausfallen oder als schon eingetretenes Herausgefallen aus gewohnten

Lebensbezügen, als Wegfall von Lebensmöglichkeiten (vgl. Gadamer 1993, 124). Für den Arzt ist der Fall der Anwendungsfall einer allgemeinen Regel. Den Fall zu verstehen beinhaltet, das Allgemeine im Besonderen zu entdecken. Dafür kann der Arzt auf sein Fach- und auf sein Allgemeinwissen sowie auf medizinische Handwerksregeln und -techniken zurückgreifen, woraus sich die Wissensachse zusammensetzt. Fachwissen ist das vom Arzt im Medizinstudium und in seiner bisherigen Berufspraxis durch Erfahrung erworbene Wissen, es ist ein Wissen über organische und/oder psychosoziale Zusammenhänge. Allgemeinwissen ist das als Mitglied einer bestimmten Kultur im Prozeß der Enkulturation erworbene selbstverständliche Wissen, von Hubert L. Dreyfus auch Konsenswissen genannt (vgl. Dreyfus 1993, 31). Es handelt sich um ein allgemein geteiltes Wissen zum Beispiel um ein Wissen über die Bedeutung von Gesten, Körperhaltungen, Worten, Ritualen. Es ermöglicht, eine bestimmte Mimik als Ausdruck von Freude, Trauer oder Zorn zu deuten.



(vgl. Hildenbrand, B.; Welter-Enderlin, R. (1992) S. 198)

Medizinische Handwerksregeln und -techniken werden, wie das Fachwissen, im Professionalisierungsprozeß erworben. Zu den medizinischen Techniken zählen die zur Behandlung der PatientInnen eingesetzten kommunikativen, apparativen oder manuellen Verfahren, wie z.B. die Durchführung der Anamnese oder die Ultraschalluntersuchung. Ihr Gebrauch orientiert sich an Handwerksregeln, etwa an der Regel, invasive Verfahren nur sukzessive anzuwenden.

Strukturelle Widersprüche

Für den Prozeß des Fallverstehens und der Fallbearbeitung durch den Arzt, die Ärztin, ist es nötig, sowohl Beziehungen zum Komplex des wissenschaftlichen Wissens und des kulturell geteilten Allgemeinwissens als auch zum Komplex der besonderen Befindlichkeit der PatientInnen zu unterhalten. Diese doppelte Beziehung verwickelt das ärztliche Handeln in einen unaufhebbarer Widerspruch. Es wirken in ihm zwei Logiken: die Logik des Allgemeingültigen, die auf universelle, das Individuelle überschreitende Erkenntnis abzielt und die Logik des individuellen Falles, die die Besonderheit der Probleme und Interessen der PatientInnen betont (vgl. Hildenbrand; Welter-Enderlin 1992, 197). Dieser Widerspruch verbietet es, daß wissenschaftliche Theorie der Praxis vorschreibt, was zu tun ist. Theorie geht zwar in die Praxis ein, doch nicht im Modus deduktiver Anwendung, sondern vielmehr in einem Prozeß des induktiven Umgangs mit handlungsentlastet produzierten Deutungsangeboten (vgl. Beck; Bonß 1989, 27). Praxis ist stets Wahl und Auswahl von Möglichkeiten (vgl. Gadamer 1993, 14). Über den Einfluß, den Theorie auf Praxis gewinnt, entscheidet ärztliche Urteilskraft, ein wesentliches Merkmal professioneller Kompetenz.

Auf der Ebene der Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn existiert ein zweiter Widerspruch. Einerseits ist die Arzt-Patient-Beziehung als professionelle und damit als distanzierte Beziehung definiert. An-

dererseits kommen in der Interaktion intime Probleme zur Sprache, zu denen ÄrztInnen nur durch persönliches Engagement Zugang finden. Es muß eine Begegnung stattfinden, ein Aufeinanderzugehen, ein Sich-zueinander-Verhalten, wie von Baeyer den Begriff Begegnung definiert (vgl. von Baeyer 1969, 37 u. 43). Medium der Begegnung ist das Gespräch, getragen von dem Bestreben, miteinander ins Gespräch zu kommen, sich in die Perspektive des anderen einzufühlen und einzudenken, ohne die eigene Perspektive aufzugeben. Fallverstehen in der Begegnung ist somit eine widersprüchliche Einheit, die in ihrer Widersprüchlichkeit den ärztlichen Erkenntnis- und Handlungsprozeß vorantreibt (vgl. Hildenbrand; Welter-Enderlin 1996, 13). Die Widersprüche nach einer Seite hin aufzulösen hätte zur Folge, daß ärztliches Handeln entweder zur Technokratie verkommt oder in einem Maße in die individuelle Problematik verstrickt wird, daß der für die Beurteilung der Gesamtsituation nötige Abstand verlorengeht.

Formale Situationsmerkmale

Zur weiteren Präzisierung der Bestimmungsmomente des ärztlichen Erkenntnis- und Handlungsprozesses will ich meine Analyse nun auf die formalen Merkmale der therapeutischen Situation und die daraus erwachsenden Anforderungen an ärztliche Praxis ausdehnen. Die empirischen Befunde aus dem Forschungsprojekt »Ärztliches Alltags-Know-how« lassen erkennen, daß die formalen Situationsmerkmale jenen ähneln, die nach Winfried Hacker generell für Arbeitstätigkeiten typisch sind, die Expertenkönnen erfordern (vgl. Hacker 1992, 18ff.). Die therapeutische Handlungssituation ist durch Komplexität, Dynamik und Unschärfe gekennzeichnet. Unschärfe kann in bezug auf die Symptome und deren Ursachen sowie in bezug auf die Befindlichkeit der PatientInnen existieren. Sie ist angelegt in der Komplexität des Menschen als psychophysische Einheit (vgl. Büttner 1991, 51)

sowie in den gesundheitsrelevanten Wechselbezügen, die zwischen dem Individuum und seinem Umfeld existieren.

Hinzu kommt, daß die einzelnen Symptome von unterschiedlicher Relevanz sind und zueinander in einem dynamischen Verhältnis stehen. Die Symptome und ihre Wechselbeziehungen verändern sich sowohl durch den ärztlichen Eingriff als auch von selbst, woraus unberechenbare Verläufe resultieren, die einen Teil der Fallspezifität ausmachen. Für den Umgang mit der sich verändernden Realität können die existierenden medizinischen Handlungsmodelle notwendig nur bedingt Orientierungshilfe bieten. Nötig sind situations-spezifische kreative Handlungsakte, in denen das verfügbare wissenschaftliche Wissen, das prinzipiell unabgeschlossen ist (vgl. Piaget 1983, 86), als abgeschlossenes zu behandeln ist. Andernfalls könnten keine Entscheidungen getroffen werden (vgl. Gadamer 1993, 15; Koch 1924). An das ärztliche Handeln sind in der therapeutischen Situation Aufgaben gestellt, die auf die Notwendigkeit von Übersetzungsleistungen verweisen. Sie lauten:

1. Die unscharfe Problemsituation ist in eine bearbeitbare Situation zu übersetzen. Das erfordert von seiten des Arztes, der Ärztin, zu bestimmen, was der Fall ist, anders gesagt, eine Diagnose zu stellen.

2. Die Diagnose² ist in eine Therapieentscheidung zu transformieren.

3. Die therapeutische Entscheidung muß in therapeutisches Handeln überführt werden. Die mich interessierende Frage lautet: Wie tun Ärzte und Ärztinnen das? Nach Hacker verlangt die Bearbeitung komplexer Probleme ein »opportunistisches Vorgehen« (Hacker 1992, 35), das er folgendermaßen charakterisiert:

„Es erfolgt keine systematische und vollständige Problemerklegung, ehe zur Bearbeitung übergegangen wird (d.h. die ge-

nannten Übersetzungsleistungen müssen nicht notwendig hintereinander, sie können auch simultan erledigt werden).

Das Vorgehen wechselt unregelmäßig zwischen mentalen und externalen Verdeutlichungsversuchen von Problemaspekten (z.B. zwischen Blickdiagnose und Laboruntersuchung).

Der Perspektivenwechsel erfolgt im Zuge eines erfahrungsgestützten Entdeckens und Erschließens lösungsrelevanten Wissens oder durch Einsichten, die zu unvorhergesehenem neuen Wissen über das Problemgebiet und zu neu erkannten Anforderungen führen.

Das neu entdeckte Wissen veranlaßt eine Problemreformulation sowie einen Wechsel im Vorgehensplan.

Die Problembearbeitung schreitet nicht notwendig vom Allgemeinen zum Besonderen voran.

Im Verlauf einer komplexen Problemlösung sind mehrmals Entscheidungen über Lösungsvarianten vorzunehmen.

Diesen Annahmen zufolge zeichnet sich ein gegenstandsangepaßtes Handeln - abweichend vom gängigen Handlungsbegriff - nicht unbedingt durch ein hierarchisches, deduktives, im voraus planbares Vorgehen aus. Die Einbeziehung von Erfahrung läßt vermuten, daß dem impliziten Wissen und der Intuition von Hacker eine handlungsorganisierende Funktion zugeschrieben wird.

Der professionelle Habitus als generative Handlungsgrammatik

Ergänzend zu den Hackerschen Thesen möchte ich der exemplarischen Untersuchung der Frage, wie sich ärztliche Praxis entfaltet, theoretische Überlegungen voranstellen, die an Pierre Bourdieu anschließen.

Bourdieu befaßt sich allgemein mit dem Wesen der Praxis. Das Kernstück jeglicher Praxis ist nach Bourdieu der Habitus. Unter Habitus versteht Bourdieu Systeme dauerhafter und übertragbarer Dispositionen, die als strukturierende Strukturen, anders gesagt als Handlungsgrammatik fungieren (vgl. Bourdieu 1987, 98). Habitusformen entstehen in Auseinandersetzung mit kollektiven und individuellen Daseinsbedingungen, wozu sowohl der Zugang zu Gütern, zu Macht, zu Dienstleistungen zählen, als auch die in der kindlichen Sozialisation erfahrene Familiendynamik. In der Bewältigung dieser Bedingungen, die sich in den verschiedenen Kulturen und Subkulturen voneinander unterscheiden, entwickeln sich spezifische Habitusformen, die zur Grundlage aller späteren Wahrnehmung und Erfahrung werden: »Als einverleibte, zur Natur gewordene und damit als solche vergessene Geschichte ist der Habitus wirkende Präsenz der gesamten Vergangenheit, die ihn erzeugt hat« (ebd., 105). Habitusformen gewährleisten als Produkte von Geschichte die Präsenz früherer Erfahrungen, die sich in Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata niederschlagen und auf deren Basis neue Handlungen erzeugt werden können. Das Habituskonzept besagt also, daß die Subjekte soziale Grundstrukturen und Grundregeln beherrschen lernen, die es ihnen erlauben, in neuen Situationen spontan neue Handlungsmuster hervorzubringen. Doch ist die Autonomie neu generierter Handlungsmuster relativ oder mit Bourdieu ausgedrückt: »Der Habitus ist die unbegrenzte Fähigkeit, in völliger Freiheit Gedanken, Wahrnehmungen, Handlungen zu erzeugen, die stets in den historischen und sozialen Grenzen seiner Erzeugung liegen« (ebd., 103). Die Generierung von Handlungen kann impliziten oder expliziten Regeln folgen. Die Bewußtheit der Regel ist keine notwendige Bedingung ihrer Anwendung (vgl. Raven 1989, 147). Um nun auf den ärztlichen Habitus zurückzukommen: Er vereinigt Handlungskon-

zepte, die für den professionellen Umgang mit Krankheit und Tod im Verlauf professioneller Sozialisation im Studium, in der Praxis sowie in Weiterbildungsangeboten erworben wurden. Sowohl schulmedizinisches Wissen als auch alternatives Heilwissen können Bestandteil dieser Handlungskonzepte sein. Konkurrierende medizinische Paradigmen lassen in Verbindung mit different verlaufenden Prozessen familialer und beruflicher Sozialisation Unterschiede in den individuellen Habitusformen der befragten Ärztinnen und Ärzte erwarten.

2. EMPIRISCHE HANDLUNGSMUSTER: ZWEI FALLSTUDIEN

In die Untersuchung, der die Fallbeispiele entstammen, sind Ärzte und Ärztinnen einbezogen, die als niedergelassene AllgemeinärztInnen, praktische ÄrztInnen und InternistInnen tätig sind. Mit den Untersuchungsbeteiligten wurden themenzentrierte Interviews geführt. Die Gestaltung der Interviewsituation orientierte sich am Konzept der themenzentrierten Interaktion (TZI), ein von der Psychoanalytikerin Ruth Cohn entwickeltes Konzept zur Bearbeitung bestimmter Themen in Gruppen (vgl. Cohn 1980). Jede soziale Interaktion hat nach Cohn drei Eckpunkte, nämlich das Thema, das Ich und das Wir, die es im Interesse einer gelingenden Interaktion in eine dynamische Balance zu bringen gilt. Diesem Prinzip versuchte ich bei der Durchführung der Interviews insofern Rechnung zu tragen, als es mir darauf ankam, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Forscherin und InterviewpartnerInnen herzustellen und aufrechtzuerhalten sowie die Interventionen im Interview so zu gestalten, daß dem Gegenüber ermöglicht wurde, seine Besonderheit im Interview zum Ausdruck zu bringen. Zu den in den Interviews angesprochenen Themen zählen: Kindheit und Familie, Berufsmotive und beruflicher Werdegang, Prinzipien und Ziele als Arzt, als Ärztin, Krankheits- und Gesundheitsverständnis, Einstellung zum Beruf, Organisation der Ar-

beit sowie ein von den InterviewpartnerInnen ausgewählter Fall, anhand dessen im Detail der Weg zur Diagnose, zur Therapieentscheidung sowie die Durchführung der Therapie dargestellt wurde. Das Interview wurde als nichtstandardisierte Befragung durchgeführt; es hatte eine offene Verlaufsform, um zu verhindern, daß der/die InterviewpartnerIn, wie Winfried Hacker es ausdrückt, »in die Falle wohlgeordneten Vorschreitens« (Hacker 1992, 36) gelockt wird. Die offene Interviewform begründet sich außerdem in der Annahme, daß die freie Rede neben expliziten auch implizite Mitteilungen enthält, die auf implizite Regeln in der ärztlichen Praxis verweisen und die sich im Zuge hermeneutischer Textanalyse erschließen. Die freie Rede gibt darüber hinaus Aufschluß über die Relevanzgesichtspunkte der Interviewten. Was diese in der Beschreibung ihres Handelns betonen oder weglassen, hat informativen Wert für die Identifizierung ihrer Handlungslogik.

Als kontrastierende Methode der Datenerhebung fand die Visualisierung Verwendung. Die InterviewpartnerInnen wurden gebeten, zwei Bilder anzufertigen: Eines der Bilder sollte in dem berichteten Fall den ärztlichen Erkenntnis- und Handlungsweg darstellen. Das zweite Bild, ein Körperbild, sollte eine Antwort geben auf die Frage: Was von mir ist beteiligt, wenn ich herauszufinden versuche, was einem Patienten fehlt? Die Visualisierung wurde als kontrastierende Methode eingesetzt, weil sie ein vom Interview unterschiedenes, nicht-verbales Medium ist, das ergänzende, differenzierende und widersprechende Gesichtspunkte zutage fördern kann. Kontrastierende Verfahren dienen der Überprüfung der Gültigkeit von Interpretationen insofern, als die dabei erhobenen Daten systematisch danach untersucht werden, ob sie diese Interpretationen widerlegen (vgl. Hildenbrand 1984, 43 ff.).

Die Auswertung der Interviews folgte der von Anselm Strauss und Barney Glaser ent-

wickelten Grounded Theory, die auf eine gegenstandsbezogene Theoriebildung abzielt (vgl. Strauss; Corbin 1996, 7). Die Grounded Theory ist eine Methodologie, die nicht die Überprüfung einer Theorie vorsieht, sondern vielmehr deren Entdeckung aus den Daten heraus (vgl. Strauss; Legewie 1995, 71). Die Auswertung beginnt bereits nach Durchführung der ersten Interviews durch Erstellung von Memos, die erste Ideen und Vermutungen z.B. über ärztliche Handlungspraktiken enthalten, die Auswahl der nächsten InterviewpartnerInnen begründen und die es im Verlauf der weiteren Untersuchung zu ergänzen, zu modifizieren, zu differenzieren oder eben zu verwerfen gilt.

Im folgenden werde ich anhand von zwei Handlungsmustern zwei verschiedene Formen des Fallverstehens und der Fallbearbeitung vorstellen, die aus Interviews mit zwei Ärzten gewonnen wurden, die beide als niedergelassene Internisten praktizieren. Die Handlungsmuster kontrastieren, ohne daß sie einander völlig entgegengesetzt wären. Sie repräsentieren jedoch, und das begründet ihre Auswahl, zwei Handlungstypen, die in der Studie als zentrale ärztliche Handlungstypen identifiziert werden konnten. Die Darstellung der zwei Handlungsmuster gibt nicht den Prozeß der Interpretation wieder, sondern erfolgt ergebnisorientiert. Ich werde zunächst die Strukturmerkmale des jeweiligen Handlungsmusters benennen, um dann zu zeigen, wie diese in der Fallbearbeitung zum Tragen kommen. Abschließend werden die beiden Handlungsmuster einem zusammenfassenden Vergleich unterzogen.

Handlungsmuster A: Das sind drei oder vier Schienen³.

Strukturmerkmale: Schienen und Bahnen erkennen, neue Schienen legen, Schienen durchkreuzen.

Anfangssituation in der Arzt-Patient-Beziehung

Es war die Ehefrau eines 48jährigen Patienten, eine prominente Frau, wie Dr. Ernst⁴ erwähnt, die den Arzt bat, ihren Mann zu untersuchen, *er gefällt ihr net* (14). Er sei *in der Firma in großen Schwierigkeiten, Firmenauflösung usw. Und sie erzählt dann auch noch ganz kurz, daß er auch schon mal Probleme hatte, mit dem sogenannten Hörsturz*. Der Ehemann bekommt, was unüblich sei, für den nächsten Tag einen Termin um 6.30 Uhr. Die Zeit zwischen 6.30 Uhr - 8.00 Uhr ist vorgesehen für Fälle, die umfassende Untersuchungen erfordern. Das schnelle Zustandekommen des Termins und dessen zeitliche Situierung zeigen an, daß sich der Arzt dem Patienten und seiner Befindlichkeit mit professioneller Sorgfalt widmen will.

Der Patient wird nach Erscheinen in der Praxis *aufgenommen mit Computer, des geht ganz fix, dann wird ein sogenanntes Anamnesenband erstellt* (15), wobei der Arzt erfährt, daß vom letzten Hörsturz vor vier Jahren ein Ohrgeräusch zurückgeblieben ist. Zu seinem Vorgehen bei der Anamnese sagt Dr. Ernst: *Und die Fragen gehen immer nach dem schon vorher gestellten Bahnsystem, in welche Bahn gehört denn der?* Diese im besonderen Fall angewandte Regel stimmt überein mit der von Dr. Ernst an anderer Stelle allgemein formulierten Regel: *Es müssen sich immer bei jedem Patientenkontakt bestimmte Bahnen eröffnen, gedankliche Bahnen, auf denen man vorwärts kommen will* (7). Die im besonderen Fall verfolgte *Schiene ist Hörsturz, Kreislauf, hat er einen erhöhten Blutdruck, der vielleicht damals nicht erkannt wurde?* (15).

Die von Dr. Ernst verfolgte Schiene läßt erkennen, daß der Arzt organische Faktoren, sogenannte Risikofaktoren als Ursachen für die gestörte Befindlichkeit annimmt, die zugleich die mögliche Erkrankung nicht auf das Ohr beschränken. Vor dem Hintergrund dieser Schiene verfolgt er die *freie Erzählung* des Patienten. Dieser stellt die Pro-

bleme am Arbeitsplatz in den Vordergrund und, so versteht ihn der Arzt, *glaubt natürlich von sich aus, daß das alles nur psychisch verursacht ist* (16). Der Arzt weist diesen von seiner Schiene abweichenden Zusammenhang zurück mit der Begründung *weil ich mir net vorstellen kann, daß ein Heizungsgeräusch (...) im Ohr wirklich nur psychisch sein soll*. Die abweichenden Überzeugungen des Patienten haben keine handlungsregulierende Wirkung. Relevant ist für den Arzt statt dessen die Information, daß nach Auftreten des ersten Hörsturzes keine umfassenden körperlichen Untersuchungen durchgeführt wurden, was ihn darin bestärkt, seine eigene Schiene weiterzuverfolgen.

Körperliche Untersuchungen

Es werden bei dem Patienten teils manuell, teils apparativ körperliche Untersuchungen durchgeführt. Der Arzt untersucht den Augenhintergrund, die Ohren, die Mundhöhle, die Nase, den Hals, die Adern, den Brustkorb, Bauch, Rücken, Beine, Puls, Reflexe. Zusätzlich wird der Blutdruck gemessen und ein EKG erstellt. Eine so umfassende körperliche Untersuchung erscheint Dr. Ernst erforderlich, *weil, wie er sagt, ich nur durch die grundsätzliche Untersuchung, wie wir es gelernt haben, Dinge erkennen kann* (20). Er charakterisiert sich damit als einen Arzt, der sich an die innerhalb der medizinischen Zunft geltenden Untersuchungsstandards hält, womit sich andeutet, daß er nicht nur in bezug auf pathologische Zusammenhänge, sondern auch in seinem Suchprogramm einer definierten Erkenntnisschiene folgt.

Die Laborbefunde vergleicht er mit den manuell ermittelten Befunden unter der Perspektive, ob sie durch diese *bestätigt werden oder ausgeschlossen werden* (37) und mit dem Ziel, eine Diagnose zu stellen: *Ich muß irgendwann zu dem Punkt kommen, wo ich ein' Strich mach und sag, dringender Verdacht auf ...* (36). Der Such-

und Erkenntnisprozeß verläuft demnach zielgerichtet und im Modus des Ja/Nein.

Diagnose

Aus der Äußerung, daß die Fragen in der Anamnese *immer nach dem schon vorher gestellten Bahnsystem (gehen)* (15), kann geschlossen werden, daß der Arzt schon vor der Anamnese eine Arbeitshypothese, nämlich (...) *Hörsturz, Kreislauf* hatte. Das Stichwort Hörsturz hatte die Ehefrau geliefert. Diese Hypothese stellt den ersten Schritt der Übersetzung der zunächst unscharfen Situation in eine bearbeitbare dar. Die Bearbeitbarkeit des Falles wird zu erhöhen versucht, indem die Untersuchungsbefunde nicht nur untereinander, sondern auch mit der Arbeitshypothese unter den Gesichtspunkten Falsifikation oder Verifikation in Beziehung gesetzt werden. Die Überprüfung erfolgt mit dem Ziel, eine Diagnose zu stellen.

Als diagnoserelevante Befunde der bisherigen Untersuchung wertet Dr. Ernst den festgestellten erhöhten Blutdruck, die im Augenhintergrund für ihn sichtbar gewordenen Organschädigungen und die im EKG ermittelte Herzwandverdickung einhergehend mit Rhythmusstörungen. Der Arzt diagnostiziert aufgrund dieser Befunde eine Gefäßkrankheit und bestätigt damit seinen Ursprungsverdacht.

Die von dem Patienten genannten sozialen Ursachen bleiben für die Diagnose irrelevant. Der Arzt integriert diese nur insoweit in sein Denken, als er ihnen einen den Patienten sensibilisierenden Einfluß zuschreibt. Das Ohrgeräusch, so vermutet der Arzt, müsse bei dem Patienten schon in den letzten Jahren vorhanden gewesen sein. Doch erst in Verbindung mit den Problemen am Arbeitsplatz habe es ihn beunruhigt. Die ärztliche Sichtweise zeigt sich in der folgenden Passage:

DR. ERNST: (...), *ich kann den Schmerz erdul-*

den, wenn meine üblichen Gegebenheiten mich unterstützen im subjektiven Ertragen des Schmerzes.

INTERVIEWERIN: *Also Sie glauben nicht, daß die Beschwerden stärker geworden sind, sondern daß er es genauer wahrnimmt!*
DR. ERNST: *Ja, genau, das ist eigentlich mein Grund oder meine Arbeitshypothese.*(26)

Die Diagnose Gefäßkrankheit ist für den Arzt noch keine endgültige, was aus dem von ihm ausgesprochenen Verdacht hervorgeht, die Gefäßkrankheit könnte zu einer koronaren Herzerkrankung geführt haben: *Also das Schlimmste wär natürlich, daß (...) tatsächlich eine koronare Herzerkrankung vorliegt (...).* Die schlimmste Folge davon wiederum wäre für ihn der Herzinfarkt. Er zieht sowohl in bezug auf die Erkrankung als auch in bezug auf ihre Folgen jeweils das Schlimmste in Erwägung. Das *Schiennenmodell* ermöglicht ihm dies, weil eine Schiene gerichtet ist und damit auf vorhersehbare Zustände zuläuft. Aus der vorläufigen und möglichen weiteren Diagnose leitet Dr. Ernst sein Ziel ab: *Wie kann ich beim jungen Patienten verhindern, daß der mit 50 Jahren seinen Herzinfarkt bekommt.* Die eindeutige Diagnose, die möglicherweise noch durch eine weitere eindeutige Diagnose präzisiert werden kann, erlaubt es, sich ein klares Ziel zu setzen.

Delegation

Die weitere Klärung der Kreislaufschädigung, der Ohrschädigung und eines Schilddrüsenbefundes delegiert Dr. Ernst an Fachärzte. Er zieht damit auf seiner Kompetenzschiene eine klare Grenze und bleibt gerade dadurch seiner Schiene in bezug auf die pathologischen Zusammenhänge treu, denn er schaltet Kollegen ein, die seiner Schiene durch erweiterte Informationen zuarbeiten können. Eine Alternative wäre gewesen, einen Kollegen mit psychotherapeutischer Kompetenz einzuschalten, der die vom Patienten genannten psychosozialen Umstände bezüglich ihrer Bedeutung für die gesund-

heitliche Befindlichkeit des Patienten prüft.

Schlußsituation

Etwas Unerwartetes passiert für den Arzt am Ende des Erstkontaktes. Er sagt: *Dann kommt jetzt noch was Merkwürdiges dazu, daß beim Verabschieden er mich mit großen Augen anschaut, Ja, und wie lang darf ich jetzt daheim bleiben?* (26 f.). Der Patient will sich für 14 Tage krankschreiben lassen. Dr. Ernst bezeichnet das Anliegen als *merkwürdig*. Weshalb? Der Arzt nimmt an, dem Patienten müsse daran gelegen sein, den Arztbesuch seinem Arbeitgeber zu verschweigen. Auch bei dieser Überlegung könnte ihn das Schienenmodell leiten, z.B. in dem Sinne, daß mit dem Beruf und dem Arbeitsplatz eine Schiene gelegt ist, die nicht gefährdet werden soll. Merkwürdig erscheint dem Arzt die Intervention des Patienten zum zweiten, weil die ermittelten organischen Befunde in seinen Augen keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Die Intervention des Patienten stellt aber nicht auf die organische, sondern auf die psychosoziale Seite seiner gestörten Befindlichkeit ab. Sie besagt, daß der Patient dem Ort fernbleiben will, den er als krankmachend erlebt.

Es zeigen sich in dieser Situation am Ende der Sitzung die in die Begegnungssachse eingelagerten Widersprüche in Form von Ungleichgewichten. Das dem Arzt verfügbare universelle Fachwissen fand in seinem Handeln ungleich stärkere Berücksichtigung als der von dem Patienten als krankheitsrelevant thematisierte Lebenshintergrund. Damit einhergehend entstand ein Ungleichgewicht auf der Interaktionsebene. Professionelles, am Fachwissen orientiertes Handeln dominierte zu Lasten von Empathie. Der Patient klagt mit seiner Intervention in der Schlußsituation die Berücksichtigung der vernachlässigten Pole des Widerspruchs indirekt ein.

Die Visualisierung des Erkenntnis- und

Handlungsweges durch Dr. Ernst, die dieser teils auf den Patienten bezieht, teils allgemein kommentiert, liefert bestätigende und ergänzende Momente zum »Schienenmodell«. Einbeziehen möchte ich an dieser Stelle nur die Ergänzungen, weil sie die Transformation der Diagnose in eine Therapieentscheidung und diese in die Therapie beleuchten, also weiterführende Schritte im ärztlichen Handeln, die das Fallbeispiel nicht zeigen konnte. Der kommentierten Visualisierung zufolge reicht das Schienenmodell über die Diagnose hinaus auch in die folgenden Übersetzungsleistungen hinein. Der Arzt sagt: *Und jetzt geht von dieser technischen Untersuchung und körperlichen Untersuchung wieder eine Bahn, eine Straße zur Interpretation* (39). Die Interpretation richtet sich an den Patienten; sie ist das Verbindungsstück zwischen Diagnose- und Therapieentscheidung insofern, als dem Patienten die aktuellen und Spätfolgen der möglichen Erkrankung erläutert werden, die die Therapieentscheidung begründen. Der Übergang von dieser Entscheidung zur Therapie erfolgt mittels eines *Hirtenbriefes*, der Anweisungen zur Lebensführung enthält. Der Hirtenbrief soll bewirken, daß *der Patient mehr oder weniger von mir geleitet wird und weiß, was kann er tun, daß es vielleicht anders wird*. Mit dem Hirtenbrief wird der vom Arzt antizipierte Krankheitsverlauf durchkreuzt; er verkörpert eine Gegenschiene, die diesem und anderen Patienten als Alternative angeboten wird.

Sichtbar wird zweierlei: Der Arzt trennt klar zwischen Diagnose und Therapie. Erst die abgeschlossene Diagnoseschiene erlaubt ihm, mit der Therapie zu beginnen, die durch die Ausgabe des *Hirtenbriefes* ebenfalls den Charakter einer Schiene bekommt, auf die der Patient gebracht werden soll. Der Arzt spricht an anderer Stelle von den *Patienten, die (...) auf meiner Schiene laufen* (41).

Zusammenfassende These

Das dem Schema »Schienen erkennen, le-

gen und durchkreuzen« folgende praktische Handeln des Arztes zeichnet sich, zusammenfassend charakterisiert, durch ein systematisches, standardisiertes, analytisches, lineares, kognitiv begründetes Vorgehen aus. Es ist planvoll, ohne daß dem Handeln Planungsentwürfe vorausgehen. Die Ziele sind eindeutig und explizit. Ermittelt werden im Prozeß der Diagnosesuche Meßwerte, deren Abweichung von den Normalwerten aus der Sicht des Arztes eine körperliche Erkrankung verursachen kann. Inhaltlich und methodisch folgt das Handeln einer biomedizinischen Perspektive. Schließlich korrespondiert mit dem Schienenkonzept ein autonom-normatives professionelles Rollenhandeln sowie eine Arzt-Patient-Beziehung, die sich im »Führungs-Kooperations-Modell« (Freidson 1979, 262) abspielt.

Im Vergleich mit dem von Hacker beschriebenen opportunistischen Vorgehen zeigen sich Ähnlichkeiten und Abweichungen. Ähnlichkeiten existieren in bezug darauf, daß die Weichen für die Problembearbeitung vor einer vollständigen Problemzerlegung gestellt werden und daß ein Wechsel zwischen externalen und mentalen Verdeutlichungsversuchen stattfindet. Größer aber sind die Abweichungen zugunsten eines linearen, vom Allgemeinen zum Besonderen fortschreitenden Handelns im Sinne des in der traditionellen Handlungstheorie vorherrschenden Modells.

Handlungsmuster B: Man braucht ein Zugewendetsein

Strukturmerkmale: Zugewendetsein, sich einlassen, mit Menschen umgehen, feste Rituale, aber keine Reuse durchs Gewässer ziehen.

Anfangssituation in der Arzt-Patient-Beziehung

Das erste Bild, das Dr. Ton von der Patientin, die er als Fallbeispiel auswählt, gewinnt, beschreibt er so: *Ein bißchen wie eine Maus, die in der Enge ist oder so, so ein*

*bißchen spitzes, ängstliches Gesicht und (...) schon so leidend auch und schon das Gefühl von mir, hoppla, der gehts schlecht, da gehts wirklich um was (12 f.). Der Arzt stuft aufgrund seiner ersten nicht-systematischen Wahrnehmung, die einen mitfühlenden Blick erkennen läßt, den Fall als schwerwiegend ein und bezieht daraus die Aufforderung: *Laß dich da jetzt mal so drauf ein (13)*. Es braucht in seinen Augen eine *Beziehung, um das Problem zu lösen*. Das Ziel, das er sich aufgrund des ersten Eindrucks setzt, lautet: *Einen Weg zu finden, wo es der Person wieder besser geht*.*

Die Ergebnisse des ersten Gesprächs, er sagt nicht Anamnese, faßt er so zusammen: *Jüngere Frau, Mutter von zwei Kindern (...) hatte also Oberbauchschmerzen, immer wieder Übelkeit, Kreislaufprobleme und (...) so ein bißchen unklares Bild, ja. Sie war mit Erziehung der Kinder und gleichzeitig noch so eine Aushilfstätigkeit als Lektorin in einem Verlag, schlecht bezahlt, nicht ihrer Qualifikation entsprechend, unzufrieden. Es lag also schon auf der Hand, es könnte alles mögliche sein und (...), aber die Aspekte spielten von Anfang an mit rein, also bei ihr (12)*. Das von Dr. Ton erhobene Problemprofil enthält Aussagen über körperliche Beschwerden, Gefühle, familiäre und berufliche Umstände, deren Schilderung eine emotionale Anteilnahme des Arztes andeutet im Sinne seines Vorsatzes *Laß dich da jetzt mal so drauf ein*.

Der Arzt setzt die Krankheitssymptome in Beziehung zur sozialen und psychischen Situation der Patientin, die für ihn einen *Hintergrund* darstellt, der es verwehrt, von einer *angeflogenen Oberbauchgeschichte* auszugehen. Die *Oberbauchgeschichte* hat vielmehr in diesem Hintergrund ihre Verankerung. Es offenbart sich in dieser Sichtweise ein Krankheitsverständnis, das Krankheit nicht (nur) als organisch verursacht ansieht oder wie der Arzt es ausdrückt: *Ich denke, daß der Großteil der Erkrankungen eben net biologische Fehlfunktion in einem*

abstrakt biologischen Mechanismus sind, sondern in einem sozialen menschlichen Kontext passieren (13).

Das dieser Auffassung entspringende Prinzip, Symptome im sozialen Kontext wahrzunehmen, korrespondiert mit seinem Prinzip, eine Beziehung im Sinne einer Begegnung anzustreben. Symptome bilden in Verbindung mit dem sozialen Kontext für den Arzt einen Komplex, den aufzuspüren nach seiner Ansicht *mit einer rein technischen Methode* nicht bewerkstelligt werden kann, sondern eine Beziehung verlangt.

In bezug auf sein Krankheitsverständnis deutet sich allerdings in den Worten *es könnte alles mögliche sein (...), aber diese Aspekte spielten von Anfang an mit rein, also bei ihr*, eine Unsicherheit an. Der Satz liest sich als eine Rechtfertigung. Gerechtfertigt wird die Berücksichtigung der Lebensumstände als krankmachende Bedingungen. Wem gegenüber muß er das legitimieren? Möglicherweise einer medizinischen Autorität gegenüber, mit der er in seiner Praxis nicht konform geht, weicht diese doch ab von einer naturwissenschaftlich-medizinischen Perspektive, wie sie in der Schulmedizin dominiert.

Suchverfahren

Zusätzlich zu dem Gespräch im Erstkontakt versucht der Arzt manuell einen Befund in der Oberbauchregion zu ertasten. Als Suchinstrument wird außerdem ein pflanzliches Medikament eingesetzt, dessen Wirksamkeit eine Gastritis anzeigen würde. Diagnosesuche und Heilverfahren überlappen sich in der Verabreichung dieses Medikaments. Bei der nächsten Konsultation erfolgt eine Blutabnahme und eine Ultraschalluntersuchung sowie im weiteren Verlauf der Behandlung eine Stuhluntersuchung. Mit diesen im zweiten und dritten Schritt durchgeführten Untersuchungen betritt Dr. Ton wie er sagt *diese eine Straße (14)*, die Straße, so kann man fortsetzen, die üblicherweise in der Schulmedizin beschritten wird und die er durch dieses Betonen abgrenzt von

seinen sonstigen Interventionen, die auf die Herstellung einer Beziehung abzielen.

Der Arzt gestaltet die Suche nach den Ursachen der gesundheitlichen Beschwerden zweigleisig; er ermittelt Labor- und Sozialdaten. Er geht dabei sukzessive vor, wartet Ergebnisse ab, ehe er neue Suchverfahren anwendet. Dies könnte sich darin begründen, daß er der Patientin keine unnötigen Untersuchungen zumuten will, was für die von ihm angestrebte emphatische Haltung spricht. Eine solche wird auch in seinen Ausführungen zur Ultraschalluntersuchung deutlich. Er beschreibt den Ultraschall als *eine Technik, die sehr hilfreich für den Kontakt auch ist, also die nicht trennt, sondern eher verbindet*. Entscheidend dafür sei der entstehende Körperkontakt, der nicht mit Schmerzen verbunden sei, sondern *fast was mit Streicheln zu tun habe und was Bahnendes (15) sei, wo noch Informationen kommen, ja, wo einfach Vertrauen gewonnen wird*. Ein zweites Mal wird von dem Arzt die Beziehung als Bedingung der Erkenntnis postuliert. Die angestrebte, weil nötige Nähe enthält, wie der Arzt bemerkt, aber auch Risiken, zum Beispiel das Risiko, daß sich eine Patientin in ihn verliebe. Gefühle dieser Art würden den Erkenntnisprozeß behindern. Der Arzt thematisiert mit diesem Hinweis den gegebenen Widerspruch zwischen professioneller Distanz und emotionaler Nähe, der in den angesprochenen Erfahrungen zugunsten von Nähe aufgehoben ist.

Diagnose

Eine Vorform von Diagnose erfolgt bereits mit der Feststellung des Arztes *da gehts wirklich um was (13)* aufgrund des ersten Bildes, das er sich von der Patientin macht. Die Kennzeichnung der psychischen Situation der Patientin mit dem Begriff *Unzufriedenheit* nach dem Erstgespräch stellt ein weiteres Element der Diagnose dar. Die ersten Schritte der Übersetzung der unscharfen Situation in eine bearbeitbare er-

folgen also aufgrund relativ unsystematischer Wahrnehmungen. Die ihnen folgenden Untersuchungen erbringen keinen signifikanten Befund. Der Arzt diagnostiziert: *Es ist ein funktionelles Problem da (17), d.h. eine psychosomatische Krankheit im leichten Stadium (19)*. Diese Diagnose bietet keine Chance, das bereits vage formulierte Ziel, es solle der Patientin besser gehen, zu präzisieren.

An dieser *Hilfsdiagnose (17)*, wie er sie nennt, orientiert der Arzt seine therapeutische Entscheidung, mit der Patientin 14tägig Gespräche zu führen. Die therapeutischen Gespräche dienen aber möglicherweise primär der weiteren Diagnosesuche. Dafür spricht, daß sich die Patientin durch Beginn einer Psychotherapie bereits anderweitig eine Gelegenheit zum professionell geleiteten Gespräch geschaffen hatte. Außerdem ist der Arzt mit seiner Diagnose, wie der Begriff *Hilfsdiagnose* ausdrückt, nicht zufrieden. Dies überrascht, weil die Diagnose *funktionelle Störung* in den von ihm angenommenen soziopsychosomatischen Krankheitszusammenhang paßt. Die zunächst als relevant definierten Lebensumstände verlieren durch diese Unzufriedenheit wieder an Gewicht. Es könnte sein, daß für den Arzt erneut im Hintergrund eine medizinische Autorität existiert, von der er seine Diagnose in Frage gestellt sieht. Es beunruhigen ihn Fragen, die auf organische Krankheitsursachen abstellen, zum Beispiel die Frage: *Überseh' ich net doch irgendwas, schlummert irgendwo ein kleiner Tumor? (17)*.

Die Übersetzung der Therapieentscheidung in therapeutisches Handeln ist also von Zweifeln begleitet, die genährt werden durch die Tatsache, daß die Beschwerden der Patientin sich vermindern, aber nicht verschwinden und schließlich noch durch deren eigene Unzufriedenheit. Der Arzt nimmt gemäß seines Prinzips des Sich-Einlassens diese Unzufrieden-

heit als handlungsregulierenden Faktor auf.

Delegation

Das Unbehagen der Patientin in Verbindung mit der eigenen Skepsis veranlassen den Arzt zu einer Delegation, mit der ein neues Suchprogramm gestartet werden soll. Er überweist die Patientin ins Krankenhaus zu einem Kollegen, von dem er *fachlich sehr sehr viel (18)* hält und von dem er annehmen kann - er besucht mit ihm gemeinsam eine Balint-Gruppe -, daß er den eigenen Orientierungen und Methoden nahesteht. Ebenso wie bei Dr. Ernst zeigt sich hier die Tendenz, mit einer Delegation nicht völlig neue Weichen zu stellen. Allerdings hätte Dr. Ton nun nichts mehr dagegen, wenn im Krankenhaus auch zu invasiveren Untersuchungen (z.B. zur Gastroskopie) gegriffen wird, was indirekt einmal mehr für seine abwartende, sukzessive Arbeitsweise spricht. Dr. Tons Diagnose wird im Krankenhaus bestätigt.

In der Visualisierung des Behandlungsprozesses hebt der Arzt stärker auf die methodischen Aspekte in seinem Vorgehen ab als auf die Beziehungsgesichtspunkte. Er betont insbesondere:

die schon im ersten Blick entstehende *Spekulation (20)*, deren Richtigkeit er für sich zunächst in der Schwebe hält (*vielleicht geht auch meine Spekulation wieder den Bach runter, 20*).

das Bestätigen und Verwerfen als den benutzten Modus der systematischen Überprüfung seiner Spekulation.

die Orientierung an einem festen Ritual (23) im Interesse einer disziplinierten Arbeitsweise im Prozeß des Fallverstehens.

die Bevorzugung einer sukzessiven Arbeitsweise, indem er diese in Stufen darstellt und ergänzend dazu ein Vorgehen kritisiert, das nach dem Motto verläuft *dann ziehe ich eine Reuse durchs Ge-*

wässer, irgendwas wird schon hängenbleiben.

Zusammenfassende These

Dem Denk- und Handlungsschema »Zugewendetsein, sich einlassen, feste Rituale, aber keine Reuse durchs Gewässer ziehen« entspricht eine Handlungspraxis, die als sukzessive, abwartend, partiell intuitiv, zweigleisig verfahren, vorwärts und rückwärts gehend, also nicht linear sowie als beziehungs- und lebensweltorientiert charakterisiert werden kann. Mit der Berücksichtigung psychischer und sozialer Dimensionen als krankheitsverursachende Dimensionen werden in den Behandlungsprozeß Zusammenhänge eingeführt, die sich oft nur vage bestimmen lassen, was eine vage Zielformulierung nach sich zieht. Beziehung und Interaktion sind konstitutive Bestandteile der diagnostischen und therapeutischen Praxis. Die Beziehung wirkt auf die ärztliche Praxis handlungsregulierend; sie ist teils partnerschaftlich, teils fürsorglich getönt.

Das von Dr. Ton repräsentierte Handlungsmuster ähnelt dem opportunistischen Vorgehen, wie es Hacker beschreibt, in mehrfacher Hinsicht. Stärker ausgeprägt als bei Dr. Ernst ist sowohl der Wechsel zwischen mentalen und externalen Verdeutlichungsversuchen als auch die Überschneidung von Problemerkassung und -bearbeitung. Eine weitere Ähnlichkeit zeigt sich insbesondere bei der Beschreibung der Ultraschalluntersuchung, die ein erfahrungsgestütztes, intuitives Erschließen lösungsrelevanten Wissens erkennen läßt. Abweichend vom Hackerschen Konzept haben im Handeln von Dr. Ton explizit die Gefühle und die soziale Beziehung einen hohen Stellenwert bei der Problemerkennung und -bearbeitung.

Die beiden Fallstudien im Vergleich

Trotz ihrer Unterschiedlichkeit weisen die beschriebenen Handlungsmuster auch Ge-

meinsamkeiten auf, die ich zunächst herausarbeiten will. Im Anschluß daran vergleiche ich zusammenfassend ihre Differenzen.

Gemeinsamkeiten

Die das Handeln der beiden Ärzte prägenden Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata zeigen sich als habitualisierte Formen professionellen Handelns. Ohne daß vorweg Vorsätze gefaßt und Pläne entwickelt werden, können sie in der Situation spontan als Erzeugungsgrundlage des Handelns mobilisiert werden. Die professionellen Habitusformen integrieren theoretische Annahmen über krankheitsrelevante Zusammenhänge, Arbeitsprinzipien, ärztliche Ziele sowie kulturabhängiges Konsenswissen, das die Deutung von Mimik (spitzes ängstliches Gesicht) und Körperhaltungen erlaubt. Die habitualisierten Prinzipien erweisen sich als relativ resistent gegenüber Veränderung, wie die Delegationspraxis der beiden Ärzte zeigt.

Die schnelle Reduktion der Möglichkeiten in bezug auf die den Symptomen zugrundeliegenden Ursachen, die sog. Prima-vista-Diagnose, ist beiden Ärzten ein zentrales Anliegen.

Beide richten ihre Aufmerksamkeit auf die Selektion relevanter Fakten, um diese zu einem Muster zu kombinieren, das mit einem verfügbaren Krankheitsbild verglichen werden kann.

Die Überprüfung der Prima-vista-Diagnose erfolgt bei beiden Ärzten nach dem Prinzip Bestätigen oder Verwerfen. Die therapierelevante Diagnose entwickelt sich im Vollzug dieser Überprüfungen. Sie entsteht nicht etwa durch einen gesonderten Handlungsakt am Ende des Suchprogramms.

Unterschiede

Im folgenden sollen nicht nur die Unter-

schiede zwischen den beiden Habitusformen benannt werden; aufzeigen möchte ich darüber hinaus, wie ein Unterschied den nächsten ergibt, anders gesagt, wie sich die Elemente einer Habitusform wechselseitig bedingen.

Im professionellen Habitus von Dr. Ernst zeigt sich ein biomedizinisches Krankheitsmodell, das sich auf die Annahme kausaler und auf das Organische beschränkte, d.h. lineare Zusammenhänge stützt. Diesem Krankheitsmodell entspricht das Handlungsmuster *Das sind drei oder vier Schienen...* (7). Der professionelle Habitus von Dr. Ton integriert ein soziopsychosomatisches Krankheitsmodell, das auf der Annahme beruht, daß sich die Beschwerden der PatientInnen im Kontext einer unbefriedigenden Lebenssituation erklären. Der angenommene Zusammenhang ergibt aus der Sicht des Arztes einen Problemkomplex, den aufzuspüren die Notwendigkeit sozialen Engagements in den Vordergrund rückt. Ihm adäquat ist das Handlungsmuster *Zugewendetsein und sich einlassen*.

Es ist in beiden Fällen denkbar, daß sowohl die jeweiligen Handlungsprinzipien die Affinität für ein bestimmtes Krankheitsmodell hervorgebracht haben als auch umgekehrt, die Bevorzugung eines Krankheitsmodells spezifische Handlungsprinzipien nahelegt. Jedenfalls läßt sich die Entstehung ärztlicher Handlungsmuster, so geht aus der Studie hervor, in die Kindheit der befragten Ärztinnen und Ärzte zurückverfolgen. Die dort gestellten Weichen machen für das in der medizinischen Ausbildung an der Universität vermittelte biomedizinische Krankheitsmodell mehr oder weniger empfänglich. Allerdings zeichnet sich auch eine Veränderung der Handlungsmuster im Verlauf der professionellen Sozialisation und bedingt durch Erfahrungen in der Praxis ab. Die Genese ärztlicher Handlungsmuster erfordert eine eigene Analyse, die an dieser Stelle nicht geleistet werden kann.

Bereits im ersten Blick der beiden Ärzte auf ihre Patienten kommen die Differenzen in

bezug auf Krankheitsverständnis und Handlungsmodus zum Tragen; entsprechend der Differenzen rückt der erste Blick aber jeweils andere Fakten (organische Schädigungen bzw. den Lebenshintergrund) in den Mittelpunkt.

Die Annahme kausaler Zusammenhänge im biomedizinischen Modell, die sich eindeutig benennen lassen, ermöglicht Dr. Ernst eine standardisierte Arbeitsweise, die Annahme von Wechselbeziehungen verlangt nach einer dynamischen offenen Arbeitsweise, wie sie Dr. Ton praktiziert.

Standardisiertes Vorgehen kann planvoll und effizient gehandhabt werden, dynamisches dagegen ist tendenziell durch Unbestimmtheit, Abwarten, Ausprobieren gekennzeichnet.

Das Handlungskonzept »Schienen sehen und erkennen« stellt eher auf kognitive Kompetenzen ab, das Handlungskonzept »Zugewendetsein« auf Sozialität und Emotionalität.

Wenn Dr. Ernst eine relativ genaue Prognose stellt, *das Schlimmste wäre der Herzinfarkt* und ein klares Ziel seines Handelns formuliert, *wie kann ich den Herzinfarkt verhindern*, so kann er das, weil er davon ausgeht, daß das Krankheitsgeschehen sich in relativ exakt bestimmbareren Zusammenhängen abspielt. Bei Dr. Ton bleibt sowohl die Prognose unbestimmter, *die funktionelle Geschichte (kann) irgendwann auch überschlagen, irgendwann kann ich mein Magengeschwür haben* (23) als auch sein Ziel, *es soll der Patientin besser gehen*, weil er mit der Vorstellung von vageren, möglicherweise auch sich verändernden Zusammenhängen operiert.

3. ALLGEMEINE SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die eingangs zitierte Kritik, daß mit einem linear angelegten, hierarchischen, kognitiven und bewußten Handeln nur eine mögliche Form menschlichen Handelns beschrieben ist, findet durch die beiden Fallstudien Bestätigung. Das von Hacker entwickelte

opportunistische Handlungsmodell erweist sich bei der Analyse ärztlichen Handelns als eine sinnvolle Erweiterung des bisher vorherrschenden Handlungsbegriffs, ohne daß diese schon als abgeschlossen gelten kann. In Ergänzung zur kognitiven Ausrichtung des Hackerschen Modells sollten Emotionen sowie die soziale Beziehung als handlungsorganisierende Faktoren Berücksichtigung finden.

Schließlich erbrachte die Analyse eine Erkenntnis, die grundsätzlich über das Hackersche Modell hinausführt, was nicht heißt, daß sie in dieses nicht integriert werden könnte. Ein neuer Gesichtspunkt für die psychologische Handlungstheorie ist, daß die analysierten Handlungsformen einer Logik folgen, die als metaphorische Konzepte in Erscheinung treten. Die identifizierten Metaphoriken beinhalten, um es nochmals in Erinnerung zu rufen, folgende zentrale handlungsleitende Aspekte:

Schienen erkennen, legen und durchkreuzen (Dr. Ernst)

Zugewendetsein, sich einlassen, keine Reuse durch Gewässer ziehen (Dr. Ton)

Metaphoriken als handlungsorganisierende Konzepte zeigten sich in allen von mir mit Ärzten und Ärztinnen geführten Interviews. Doch scheint das Spektrum der in der ärztlichen Praxis benutzten Metaphern begrenzt. In dem vorliegenden empirischen Material konnten acht variierende Grundmuster identifiziert werden.

Der aus dem Altgriechischen kommende Begriff Metapher bedeutet »hinübertragen«. Metaphern eignet die Fähigkeit, heterogene Kontexte so miteinander zu verbinden, daß Bedeutungen von einem Kontext in einen anderen übertragen werden und vom zweiten so gesprochen wird, als sei er der erste (vgl. Buchholz 1993, 8; Carveth 1993, 17). George Lakoff und Mark Johnson haben in ihrem Buch »Metaphors we live by« (1980) dargelegt, daß sich Me-

taphern nicht nur in der Sprache zeigen, sondern auch ins Denken und Handeln eindringen. Metaphern vermitteln zwischen Theorie und Praxis. Sie liefern Leitlinien, Orientierungen, lenken Aufmerksamkeit, setzen Prioritäten (vgl. Schmitt 1995, 95ff). Die Schienenmetapher beispielsweise übersetzt das biomedizinische Krankheitsverständnis in die geometrische Form einer Schiene und legt nahe, die Fallproblematik in dieselbe Form zu bringen. Die vermittelnde Funktion von Metaphern zeigt sich bereits in den Begriffen, in denen sie zur Sprache kommen. Es sind Begriffe, die sich an die Alltagssprache anlehnen und zugleich Abstraktionen enthalten. Begriffe wie Schiene, Bahn, Zugewendetsein schlagen eine Brücke zwischen theoretischem Fachwissen und individueller Fallproblematik.

Metaphern können im Sinne von Bourdieu als »Erzeugungs- und Ordnungsgrundlage für Praktiken und Vorstellungen« (Bourdieu 1987, 98) begriffen werden. Als habitualisierte Konzepte verkörpern sie Vorurteile. Es liegt in der Geschichtlichkeit unseres Seins, daß wir über Vorurteile verfügen, die nach Gadamer eine »vorgängige Gerichtetheit all unseres Erfahren-Könnens ausmachen« (Gadamer 1967 101-112). Metaphern sind somit eine Bedingung dafür, daß wir etwas erfahren, daß uns das, was uns begegnet, etwas sagt. Gleichwohl enthalten sie Beschränkungen und damit Risiken. Ärztliche Praxis im Bild des Zugewendetseins und des Sich-Einlassens konzipiert, enthält das Risiko, zu sehr die Perspektive der PatientInnen zu übernehmen und sich in dieser Perspektive zu verfangen. Im Bild der Schiene denkend und handelnd wiederum kann dazu führen, daß die nicht objektivierbaren Seiten einer Krankheit außer acht gelassen werden.

Eine Metapher im ärztlichen Alltag benutzen zu können anstatt von ihr benutzt zu werden, setzt voraus, sich ihr bewußt zu sein und sie selbstkritisch zu handhaben. Die empirische Sozialforschung könnte

durch Dekonstruktion benutzter Metaphern selbstreflexive Prozesse bezogen auf ärztliche Praktiken evozieren. Darüber hinaus muß damit gerechnet werden, daß auch auf seiten der PatientInnen Metaphern als handlungsorganisierende Konzepte existieren. Die Metaphern der InteraktionspartnerInnen sind im Prozeß der Krankheitsbearbeitung aufeinander abzustimmen. Gelingen und Scheitern der Arzt-Patient-Beziehung hängen davon ab.

Anmerkungen

1. Dieser Text wurde während eines Aufenthalts in der Kartause Ittingen (Schweiz) verfaßt, wo mir von der Stiftung Kartause Ittingen für meine Arbeit eine Klausur als Ort der Ruhe und der Inspiration zur Verfügung gestellt wurde.
2. Der Begriff Diagnose bezeichnet nicht nur die Bestimmung der Erkrankung, sondern alle handlungsrelevanten Definitionsleistungen des Arztes.
3. Bei allen kursiv geschriebenen Satzteilen handelt es sich um wörtliche Aussagen der Interviewpartner. Die Zahl am Ende eines Zitats bezeichnet die Seitenzahl im Interviewprotokoll und gilt so lange für die nachfolgenden Zitate, bis eine neue Seitenzahl genannt wird.
4. Phantasienamen

Literatur

VON BAEYER, W. (1969): Der Begriff Begegnung in der Psychiatrie. In: Gerner, B. (Hrsg.). *Begegnung. Ein anthropologisch-pädagogisches Grundereignis*, Darmstadt, S. 36-57

BECK, U.; BONß, W. (1989): Verwissenschaftlichung ohne Aufklärung? In: Beck, U.; Bonß, W. (Hrsg.). *Weder Sozialtechnologie - noch Aufklärung?* Frankfurt/Main, S. 7-45

BÖHLE, F.; SCHULZE, H. (1996): Subjektivierendes Arbeitshandeln. Zur Überwindung einer gespaltenen Subjektivität in Wissenschaft wie Praxis. In: Schachtner, Ch. (Hrsg.). *Technik und Subjektivität*

BOURDIEU, P. (1987): *Sozialer Sinn*, Frankfurt/Main

BUCHHOLZ, M. (1993): *Metaphernanalyse*, Göttingen

BÜTTNER, I. (1991): Semiotik diagnostischer und prognostischer Untersuchungen. In: Büttner, I. u.a. (Hrsg.). *Künstliche Intelligenz*, Darmstadt, S. 45-59

CARVETH, D.L. (1993): »Die Metaphern des Analyti-

kers. Eine dekonstruktionistische Perspektive« In: Buchholz, M. (Hrsg.) *Metaphernanalyse*, Göttingen

COHN, R. (1980): *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion*, Stuttgart

VON CRANACH, M. (1994): Die Unterscheidung von Handlungstypen. Ein Vorschlag zur Weiterentwicklung der Handlungspsychologie. In: Bergmann, B.; Richter, P. (Hrsg.). *Von der Praxis einer Theorie - Ziele, Tätigkeit und Persönlichkeit*, Göttingen, S. 1-16

DREYFUS, H.L. (1993): Was Computer noch immer nicht können. In: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* H. 4, S. 29-56

FREIDSON, E. (1979): *Der Ärztestand. Berufs- und wissenssoziologische Durchleuchtung einer Profession*, Stuttgart

GADAMER, H.-G. (1967): Die Universalität des hermeneutischen Problems. In: Gadamer, H.-G. (Hrsg.). *Kleine Schriften I*, Tübingen, S. 101-112

GADAMER, H.-G. (1993): *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Frankfurt/Main

HACKER, W. (1992): *Expertenkönnen. Erkennen und Vermitteln*, Göttingen/Stuttgart

HILDENBRAND, B. (1984): *Methodik der Einzelfallstudie. Studienbriefe der Fernuniversität Hagen*, Hagen

HILDENBRAND, B.; WELTER-ENDERLIN, R. (1992): Ausbildung im Rahmen des Meilener Konzepts familientherapeutischen Wissens und Handelns. In: *System Familie* H. 5, S. 197-206

HILDENBRAND, B.; WELTER-ENDERLIN, R. (1996): *Systematische Therapie der Begegnung*, Stuttgart

KOCH, R. (1924): *Das Als-Ob im ärztlichen Denken*, München/Leipzig

LAKOFF, G.; JOHNSON, M. (1980): *Metaphors we live by*, Chicago

PIAGET, J. (1993): *Meine Theorie der geistigen Entwicklung*, Frankfurt/Main

POLANYI, M. (1985): *Implizites Wissen*, Frankfurt/Main

RAVEN, U. (1989): Professionelle Sozialisation und Moralentwicklung. Zum Berufsethos von Medizern, Wiesbaden

SCHMITT, R. (1995): *Metaphern des Helfens*, Weinheim

STRAUSS, A. (1995): im Gespräch mit Heiner Legewie. In: *Journal für Psychologie* H.1, S. 69-75

STRAUSS, A./CORBIN, I. (1996): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*, Weinheim

VOLPERT, W. (1994): Wider die Maschinenmodelle des Handelns. Aufsätze zur Handlungsregulationstheorie, Leugering, S. 15-37